

介護予防・日常生活支援事業 高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

（ 令和 年 月 ）

フリガナ		保険者番号		221002							
被保険者氏名		被保険者番号									
		個人番号									
生 年 月 日		大正 ・ 昭和 年 月 日									
住 所											
		氏 名	生 年 月 日	性別	(介護保険の被保険者の場合) 被保険者番号						
世帯構成	世帯主		年 月 日								
	世帯員		年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
(宛先) 静 岡 市 長 上記のとおり高額介護予防サービス費相当事業費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号											

(注) 給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス費相当事業費の支給ができない場合があります。
※今回の支給以降、高額介護予防サービス費相当事業費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。

高額介護予防サービス費相当事業費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込	金融機関名		支店名		種目	口 座 番 号					
	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所			1 普 通 2 当 座					
	金融機関コード		店舗コード								
	口座名義人 (カタカナで記入)										

振込口座名義人が被保険者以外の場合は記入してください。

委任届	上記受領について、下記受任者に委任します。		
	委任者	住所	
		氏名	
	受任者	住所	
氏名		(続柄)	

《市記入欄》

給付制限状況	給付額減額 による不支給	区分	対象者	支払額合計	世帯基準額	受付者
一時差止	有 ・ 無	1 単独	本人		☐ 140,100円	
有 ・ 無				☐ 93,000円		
		2 合算		☐ 44,400円		
				☐ 24,600円		
				☐ 15,000円		
備考欄						